

A PROPOS DE TROIS CAS
D'OSTÉITE HÉRÉDO-SYPHILITIQUE
DE LA TÊTE DU FÉMUR
DANS LA LUXATION CONGÉNITALE DE LA HANCHE

Contribution à l'étude de l'hérédo-syphilis de la hanche

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le samedi 5 mai 1934

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean-Henri FELTGEN

Né le 6 avril 1910, à Dombasle (Meurthe-et-Moselle)

EXAMINATEURS : { MM. FRÉLICH, professeur, *Président.*
MICHEL, professeur.
BODART, agrégé. } *Juges.*
CHALNOT, agrégé.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées sur les diverses parties de l'enseignement médical.

IMPRIMERIE E. FIDRIT

SAINT-NICOLAS-DE-PORT (M.-ET-M.)

1934

A PROPOS DE TROIS CAS
D'OSTÉITE HÉRÉDO-SYPHILITIQUE
DE LA TÊTE DU FÉMUR
DANS LA LUXATION CONGÉNITALE DE LA HANCHE

Contribution à l'étude de l'hérédo-syphilis de la hanche

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le samedi 5 mai 1934

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean-Henri FELTGEN

Né le 6 avril 1910, à Dombasle (Meurthe-et-Moselle)

EXAMINATEURS : { MM. FRÉLICH, professeur, *Président.*
MICHEL, professeur.
BODART, agrégé. } *Juges.*
CHALNOT, agrégé.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées sur les diverses parties de l'enseignement médical.

IMPRIMERIE E. FIDRIT

SAINT-NICOLAS-DE-PORT (M.-ET-M.)

1934

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

Doyen : M. L. SPILLMANN, O $\star$, I Q.

Professeurs honoraires : MM. NICOLAS, $\star$, I Q;

WEISS, O $\star$, I Q; BOUIN, O $\star$, I Q;

ANGEL, $\star$, I Q; GARNIER, $\star$, I Q; MACÉ, $\star$, I Q; P. PARISOT, O $\star$, I Q.

Professeurs :

Anatomie pathologique	M. L. HOCHÉ, O $\star$, I Q.
Clinique médicale	M. G. ÉTIENNE, O $\star$, I Q.
Physique	M. DUFOUR, $\star$, I Q.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.	M. L. SPILLMANN, O $\star$, I Q.
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie. .	M. FRÉLICH, $\star$, I Q.
Physiologie.	M. M. LAMBERT, $\star$, I Q.
Clinique obstétricale et Accouchements	M. A. FRUHNHOLZ, O $\star$, I Q.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.	M. P. JACQUES, $\star$, I Q.
Clinique de chirurgie urinaire	M. P. ANDRÉ, $\star$, I Q.
Histologie	M. R. COLLIN, $\star$, I Q.
Anatomie descriptive	M. M. LUCIEN, $\star$, I Q.
Clinique chirurgicale	M. G. MICHEL, $\star$, I Q.
Clinique médicale	M. L. RICHON, $\star$, I Q.
Chimie médicale	M. H. ROBERT, $\star$, I Q.
Thérapeutique	M. M. PERRIN, $\star$, I Q.
Hygiène et médecine préventive.	M. J. PARISOT, C $\star$, I Q.
Clinique chirurgicale	M. HAMANT, $\star$, I Q.
Clinique ophtalmologique	M. P. JEANDELIZE, $\star$, I Q.
Hydrologie	M. SANTENOISE, $\star$, A Q, $\star$.
Clinique des maladies des enfants	M. L. CAUSSADE, $\star$, I Q.
Bactériologie.	M. DE LAVERGNE, $\star$, I Q.
Histoire naturelle et parasitologie	M. G. THIRY, $\star$, I Q.

Chargés de cours complémentaires :

Pharmacologie	M. M. PERRIN, $\star$, I Q, professeur.
Clinique des maladies tuberculeuses (1).	M. J. SIMONIN, A Q, agrégé.
Pathologie générale.	M. SIMONIN, A Q, agrégé.
Clinique gynécologique	M. A. BINET, $\star$, I Q, agrégé libre.
Pathologie externe.	M. GUILLEMIN, A Q, agrégé.
Clinique des maladies contagieuses.	M. DE LAVERGNE, $\star$, I Q, professeur.
Propédeutique dermatologique.	M. WATRIN, $\star$, I Q, agrégé libre.
Médecine opératoire	M. M. BARTHÉLEMY, $\star$, I Q, agrégé libre.
Électrothérapie et radiologie.	M. G. LAMY, $\star$, I Q, agrégé.
Accouchements (Cours théorique)	M. JOB, $\star$, I Q, agrégé libre.
Obstétrique	M. VERMELIN, $\star$, A Q, agrégé.
Clinique propédeutique médicale.	M. DROUET, A Q, agrégé.
Anatomie et Médecine générale	M. MUTEL, $\star$, I Q, agrégé.
Pathologie interne	M. ABEL, $\star$, A Q, agrégé.
Clinique des maladies mentales	M. HAMEL, $\star$, docteur.
Éducation physique (1).	M. L. MERKLEN, A Q, agrégé.
Physiologie du travail	M. L. MERKLEN, A Q, agrégé.
Clinique neurologique (1)	M. MICHON, docteur.
Propédeutique O.-R.-L. (1)	M. AUBRIOT, docteur.

Agrégés en exercice :

MM. MERCKLEN, A Q.	MM. POURCINES.	MM. GUILLEMIN, A Q.
FLORENTIN.	MELNOTTE, O $\star$.	ABEL, $\star$, A Q.
BODART.	LAMY, $\star$, I Q.	DROUET, A Q.
CHALNOT.	MUTEL, $\star$, I Q.	SIMONIN, A Q.
WOLFF.	VERMELIN, $\star$, A Q.	

Agrégés libres :

MM. G. GROSS, $\star$, I Q; S. REMY, I Q; BUSQUET, I Q; L. JOB, $\star$, I Q;
M. FAIRISSE, I Q; BINET, $\star$, I Q; BARTHÉLEMY, $\star$, I Q; WATRIN, $\star$, I Q.
M. E. TRIBOLET, I Q, Secrétaire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.



INTRODUCTION



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Nous devons à la bienveillance de M. le professeur Frœlich de pouvoir publier trois intéressantes observations de syphilis dans la luxation congénitale de la hanche. C'est avec plaisir que nous avons accepté de consacrer notre thèse inaugurale à l'étude des affections de la hanche de nature hérédo-syphilitique.

Après avoir dit quelques mots au sujet du dépistage de l'hérédo-syphilis, nous nous proposons de passer en revue les différentes affections de la hanche dues à l'hérédo-syphilis, ou dans l'étiologie desquelles la syphilis joue un rôle.

Cette étude comprendra trois parties :

1^o *La syphilis dans les arthrites chroniques de la hanche de cause indéterminée.*

2^o *La syphilis dans l'ostéochondrite déformante juvénile.*

3^o *La syphilis dans la luxation congénitale.*

Nous dirons ensuite quelques mots du traitement.

Nous verrons enfin quelles conclusions on peut tirer de cette étude.

DÉPISTAGE DE L'HÉRÉDO-SYPHILIS

Au moment de poser un diagnostic le médecin doit toujours penser à la syphilis. S'il est fidèle à cette règle de conduite, bien des mécomptes lui seront évités.

Il n'en coûte pas grand'chose de passer en revue rapidement :

L'histoire du malade et de sa famille.

Chercher la syphilis chez le père (elle sera quelquefois signalée spontanément); la syphilis de la mère : avortements, accouchements avant terme, naissances d'enfants morts, naissances d'enfants non viables; enfants portant à la naissance des lésions secondaires (pemphigus, coryza); enfants sains en apparence et qui auront des manifestations hérédo-syphilitiques à un âge plus ou moins avancé. Chercher les tares et les malformations caractéristiques de l'hérédo-syphilis chez les frères et sœurs du malade. Syphilis plus loin dans la famille : oncles, tantes, grands-parents (paralysie générale...).

L'examen du malade.

Rechercher soigneusement tous les stigmates possibles d'hérédo-syphilis, il est rare qu'il y en ait un seul isolé; chercher des signes cliniques qui se corroborent.

Les réactions de laboratoire (Bordet-Wassermann) ont beaucoup moins de valeur. Un B.-W. négatif n'a jamais prouvé la non-existence d'une syphilis; surtout en matière d'hérédo-syphilis.

Lorsque soit l'évolution clinique de la maladie, soit quelque chose de suspect chez le malade ou dans sa famille, ont attiré l'attention du côté d'une syphilis possible, il faut toujours se faire une règle d'*insti-tuer un traitement d'épreuve*. Celui-ci signera souvent le diagnostic ébauché.

En matière de maladies osseuses plus qu'en toute autre, il est important de faire précocement le diagnostic de la syphilis, car un traitement précoce peut tirer d'affaire le malade très rapidement; au contraire un diagnostic erroné (tuberculose) pourra conduire à des années d'immobilisation et de traitement plus ou moins coûteux qui ne soulagera en rien le malade, tandis que sa syphilis continuera à évoluer librement.

ÉTUDE CLINIQUE

PREMIÈRE PARTIE

1^o **Pseudo-coxalgie hérédo-syphilitique.**

2^o **Arthrite chronique déformante syphilitique.**

DEUXIÈME PARTIE

Syphilis et ostéochondrite déformante juvénile.

TROISIÈME PARTIE

Syphilis et luxation congénitale.

PREMIÈRE PARTIE

LA SYPHILIS

DANS LES ARTHRITES CHRONIQUES

DE LA HANCHE

« DE CAUSE INDÉTERMINÉE »

Il existe une catégorie d'arthropathies chroniques de la hanche où la tuberculose ne peut être invoquée. Elles sont traitées généralement comme coxalgies, mais sans conviction, comme « douleurs rhumatismales », ou comme arthrites chroniques de cause indéterminée.

Les manifestations ostéo-articulaires de l'hérédosyphilis au niveau de la hanche sont assez rares en regard des autres localisations; mais ceci tient peut-être à ce que souvent le diagnostic exact n'est pas posé.

Il existe deux catégories d'arthropathies chroniques de la hanche dues à l'hérédosyphilis :

1° **La pseudo-tumeur blanche hérédosyphilitique** (Fournier) simule à s'y méprendre, au niveau de la hanche, la coxalgie tuberculeuse. « Il existe, dit

Charry (thèse, Toulouse, 1924) un signe pathognomonique de l'hérédo-syphilis de la hanche : l'épiphyse et la région bulbaire, ou rien que l'une de ces deux régions, *sont parsemées de taches claires et présentent un aspect pommelé; la présence de ces taches claires signe le diagnostic.* » Il semble que ces taches claires représentent des lésions gommeuses.

Cette remarque nous a semblé intéressante à noter car dans chacune de nos observations la radiographie nous a montré cet aspect.

Dans ces sortes d'arthropathies le processus gommeux aboutit parfois à une *destruction très étendue de toute la partie supérieure du fémur* (Charry).

C'est ainsi que Charry signale au cours de son observation III le cas d'une pseudo-coxalgie hérédosyphilitique qui a débuté radiologiquement par : raréfaction osseuse du col fémoral, contour de la tête moins net que du côté sain... Plus tard subluxation de la tête en haut et en dehors, entraînant le raccourcissement du membre.

Dans toutes ces observations on trouve signalées les taches claires. Dans ces cas de pseudo-coxalgie ce sera souvent cet aspect radiographique spécial qui fera penser à la syphilis; on instituera un traitement d'épreuve et les résultats en seront quelquefois parfaits (Obs. VI de la thèse de Charry).

SIGNES CLINIQUES

Cette pseudo-tumeur blanche syphilitique se rencontre surtout au cours de la deuxième enfance et

de l'adolescence. Les localisations habituelles sont le genou (Clutton a décrit une « hydarthrose double des genoux ») et le coude. La hanche ne vient qu'après, puis l'articulation tibiotarsienne.

Symptômes.

Le début est généralement sourd, insidieux. Deux caractères frappent dès le premier abord et suffiraient souvent à eux seuls à attirer l'attention sur la syphilis. Ce sont : 1^o l'*indolence fonctionnelle* (bien que très gêné par le gonflement de son articulation, le petit malade court et joue sans douleur). Ce signe n'est cependant pas toujours constant; 2^o l'*augmentation de volume* des extrémités osseuses articulaires. A la palpation à ce niveau, sensation de tuméfaction dure osseuse (hyperostose), généralement indolente. Quelquefois une seule extrémité osseuse est prise.

Symptômes accessoires.

Le malade accuse parfois des douleurs spontanées qui surviennent *le soir ou pendant la nuit* (douleurs ostéocopes de la syphilis). On découvre parfois au palper une hydarthrose, généralement pas très abondante, donnant la sensation de fluctuation. Ceci est le cas surtout au genou et au coude; à la hanche ce symptôme est plus difficile à identifier. La palpation dénote parfois aussi un épaissement de la synoviale; Fournier l'appelait le « blindage de l'articulation ».

Les téguments sont normaux; pas de différence de coloration, de chaleur avec le membre sain. Pas d'infiltration de la peau comme dans l'arthrite tuberculeuse, pas ou peu de réseau veineux. Rarement une fistule (elle provient alors d'une gomme épiphysaire), alors que dans l'arthrite tuberculeuse les fistules sont un fait courant. L'état général reste relativement bon; on ne rencontre pas de grandes oscillations thermiques comme chez les tuberculeux.

Enfin l'évolution est notablement plus courte, surtout si l'on a songé au traitement spécifique (évolution vers la guérison dans l'espace de deux mois à un an).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les seuls résultats d'autopsie que nous possédons sont ceux de lésions tertiaires de la syphilis acquise (Gangolphe); mais il est fort probable que les lésions de la syphilis héréditaire sont identiques.

Au stade de début nous notons une lésion juxta-épiphysaire ou bien plus souvent franchement épiphysaire; autour, une zone de raréfaction osseuse, celle-ci est généralement limitée par une barrière de défense ostéo-fibreuse. Le cartilage diarthrodial est atteint de chondrite, il est rongé, souvent il se reconstitue par du tissu fibreux. Plus tard, si les lésions s'accroissent l'ostéite raréfiante et la chondrite s'accroissent et l'on peut avoir perforation et solution de continuité entre l'extrémité épiphysaire malade et l'intérieur de l'articulation.

A ce stade d'état la synoviale s'enflamme et s'é-

paissait. Souvent il se forme un épanchement (liquide peu abondant, séreux).

Si au contraire la lésion évolue vers la guérison, l'ostéite raréfiante cède le pas à l'ostéite condensante; la gomme est étouffée. Dans ce cas l'extrémité osseuse portera généralement une cicatrice ou une déformation due à l'hyperostose.

Ces caractères cliniques et anatomo-pathologiques s'appliquent à toutes les ostéo-arthrites syphilitiques. Nous avons voulu les donner comme caractères généraux. On en trouve une description documentée dans la thèse de Voinier (Nancy, 1910).

RADIOGRAPHIE

Tout au début de l'affection, alors que cliniquement on ne constate encore que des signes vagues de réaction articulaire, la radiographie est normale, tout à fait normale. On est étonné cependant par la mauvaise qualité du cliché; l'image osseuse est pâle, floue. On croit avoir fait une mauvaise épreuve et l'on recommence la radiographie, mais l'aspect est le même qu'avant. Cet aspect de faiblesse du cliché *est un très bon signe diagnostic de l'arthropathie syphilitique au début* (Charry).

Mais la maladie a évolué; il y a eu plusieurs poussées, de plus en plus fortes, avec douleur et impotence. C'est alors que sur la radiographie commencent à apparaître ces *taches claires* (arrondies, à contour net) que nous signalions au début de notre étude. Elles signent le diagnostic. Elles peuvent aug-

menter en nombre jusqu'à donner à l'épiphyse un aspect pommelé.

Après le traitement. — Après le traitement la radiographie montre des extrémités osseuses qui ont une densité normale; il n'y a plus de taches claires; les contours sont nets; il semble qu'il se soit produit une recalcification. On note même souvent de l'hyperostose.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

1^o Avec la *coxalgie tuberculeuse*.

La coxalgie tuberculeuse évolue en 3 stades : boiterie simple, avec douleur — attitude vicieuse en flexion et abduction — suppuration, fistules, sensation de fluctuation.

A son stade d'état nous notons une ankylose plus ou moins prononcée, quelquefois totale (pas d'ankylose dans la syphilis). La racine du membre est gonflée, donne au palper une sensation de rénitence, ou de fluctuation franche; le membre est chaud, plus que du côté sain; les téguments sont infiltrés, la peau a un aspect marbré, elle est pigmentée de brun et un réseau veineux très visible s'y est développé. Une ou plusieurs fistules laissent sourdre un pus mal lié et des fongosités. (Dans la pseudo-coxalgie syphilitique rien de tout cela; il y a une augmentation de volume, c'est entendu, mais dure, osseuse. Aucun autre changement.) Enfin, comme nous l'avons dit, le malade atteint de tuberculose est un fiévreux, à grandes oscillations thermiques. Son aspect général

est mauvais. (Le syphilitique ne semble souffrir que d'une gêne fonctionnelle.) Ce sont les statistiques trop favorables de guérison de coxalgie qui, vers 1909, à l'hôpital maritime de Berck, ont déjà attiré l'attention sur l'existence probable d'une coxalgie autre que tuberculeuse. Notre Maître a attiré l'attention à ce sujet à cette époque et aussi dans la suite.

2° Avec l'ostéo-sarcome des extrémités osseuses.

Age : 10 à 30 ans; diagnostic différentiel difficile au début.

3° Avec l'ostéomyélite juxta-épiphysaire.

Fièvre à 38° 5, rougeur, chaleur et douleur de la racine du membre, symptômes généraux d'infection.

4° Avec le rhumatisme articulaire aigu.

Succède en général à une maladie infectieuse aiguë (diphtérie, scarlatine), traitement d'épreuve au salicylate de soude. Autres articulations prises simultanément ou successivement.

5° Avec le rhumatisme blennorrhagique.

Blennorrhagie dans les antécédents.

DIAGNOSTIC DE LA SYPHILIS : allure clinique de la maladie (douleurs nocturnes, etc...), Bordet-Wassermann. Syphilis des parents. Tares du malade. *Traitement d'épreuve.*

2^o L'ostéo-arthropathie chronique déformante.

Il existe une deuxième forme d'ostéo-arthropathie hérédo-syphilitique; c'est l'ostéo-arthropathie chronique déformante, elle a été soigneusement décrite par Méricamp (thèse 1882). Avant lui, Gressent (1874) en avait cité quelques cas.

Plus tard on a décrit deux formes :

— une variété ostéophytique (type décrit par Méricamp);

— une variété rappelant en tous points le rhumatisme déformant (c'est ce que Fournier appelait « pseudo-rhumatisme déformant hérédo-syphilitique »).

— Cette deuxième variété est moins fréquente; il semble que ce soit la forme finale de la « pseudo-coxalgie », qui, non traitée, revêt peu à peu un aspect chronique. On la rencontre à un âge plus tardif (adolescence, âge adulte). Elle évolue avec lenteur.

— Dans la variété ostéophytique il y a formation d'une hyperostose irrégulière, d'une sorte de végétation de l'épiphyse; elle s'accompagne de douleur vague. A la radiographie, la surface de la tête fémorale est irrégulière, dentelée, déchiquetée; la calotte épiphysaire est plus ou moins aplatie. Il y a une destruction plus ou moins considérable de la tête et de la cavité cotyloïde dont l'ensemble est irrégulier, festonné. Les lésions se constituent progressivement;

le malade signale de nombreuses poussées antérieures qui chaque fois sont plus accentuées et les traces vont en s'accumulant.

Ce mode d'évolution, par poussées de plus en plus graves, séparées par des périodes de rémission, est peut-être le caractère le plus typique de ces syphilis ostéo-articulaires.

Lorsque les hyperostoses sont constituées le malade se plaint de craquements articulaires; il y a difficulté ou limitation des mouvements, attitudes vicieuses, et quelquefois sub-ankylose.

Lorsque le traitement a été entièrement négligé cette forme aboutit à une impotence complète. L'évolution est très longue, revêt une allure chronique.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

1^o Avec les exostoses ostéogéniques de la croissance.

Ces exostoses sont en général nombreuses, réparties sur tout le corps.

2^o Avec le rhumatisme tuberculeux déformant (Poncet).

3^o Avec le rhumatisme chronique déformant.

Il atteint en général des personnes d'un âge avancé et se localise aux extrémités.

DIAGNOSTIC DE LA SYPHILIS : Bordet-Wassermann, antécédents héréditaires, antécédents personnels du malade, traitement d'épreuve.

Remarque. — Pour terminer nous voulons insister sur la *nécessité*, en face d'une lésion osseuse suspecte d'hérédosyphilis, *d'examiner méthodiquement tout le reste du système osseux*. On peut faire de fertiles découvertes.

DEUXIÈME PARTIE

LA SYPHILIS

DANS L'OSTÉOCHONDRITE DÉFORMANTE

JUVÉNILE OU COXA-PLANA

Afin de bien situer la question nous voulons d'abord esquisser en quelques pages le tableau clinique de l'ostéochondrite déformante juvénile et résumer les conceptions actuelles ayant trait à cette affection.

Nous étudierons ensuite avec une particulière attention l'opinion de certains auteurs qui ont signalé la grande fréquence de la syphilis héréditaire dans les antécédents et qui lui donnent une place prépondérante dans l'étiologie.

HISTORIQUE

Depuis longtemps beaucoup de médecins ont remarqué que parmi les petits malades qui leur sont journellement adressés pour coxalgie, certains semblent présenter des symptômes quelque peu différents de ceux de la coxalgie franche, de nature tuberculeuse, décrite par Lannelongue. Sans généralement chercher plus loin on a pendant longtemps classé

tous ces cas où aucune cause nette, autre que la tuberculose, ne peut être invoquée, dans le vaste groupe des « arthrites chroniques non tuberculeuses de la hanche » ou « arthrites chroniques de cause indéterminée ».

Aux environs de 1909, quelques orthopédistes étudiant de plus près ces cas de coxalgie non typique ont rencontré quelquefois un aspect radiographique spécial qui les a portés à isoler un type nouveau d'arthropathies de la hanche.

Notre Maître, M. le professeur Frœlich et Weiss en ont déjà signalé l'existence en 1902 (« coxalgie hypertrophiante »).

Nous devons la première description à Legg.

Legg, de Boston, présenta au Congrès de Hartford, en juin 1909, cinq cas traités pour coxalgie mais se différenciant par les symptômes, l'évolution et les signes radiographiques. Le compte rendu de ses observations fut publié dans le *Boston medical and surgical Journal* du 17 février 1910 sous le titre *An obscure affection of the hip-joint*.

Calvé, de Berck, publia l'année suivante dans la *Revue de Chirurgie* du 10 juillet 1910 un article sur « une forme particulière de coxalgie greffée sur des déformations caractéristiques de l'extrémité supérieure du fémur ». Il y rapporte dix observations.

Waldenstrom, de Stockholm, s'était intéressé à cette question depuis 1907 mais attribuait à cette affection

une nature tuberculeuse (tuberculose atténuée). Il fit des études sur l'irrigation sanguine de l'épiphyse fémorale supérieure. Il publia ses idées sur la question en 1909 dans la *Zeitschr. für Orth. Chir. Stuttgart* et en 1910 dans les *Nordiskt med. Arch.*

De nos jours, les noms de Legg et de Calvé sont souvent associés en France à cette maladie.

Ce n'est que quelques années plus tard (1913) que parurent les comptes rendus des travaux de Perthes (de Tübingen) et Eldberg. Ces auteurs se sont surtout livrés à des recherches histologiques. Le nom de « maladie de Perthes » (Perthes disease) et généralement accepté en Angleterre.

Dans la suite on note les travaux de : Allison et Moody (1915), Delitala (1915), la célèbre thèse de Méline (1919) : *De l'ostéoéochondrite déformante infantile de l'épiphyse fémorale supérieure*. Il y fait une étude clinique et radiographique de la maladie et rapporte quatorze observations. Jusqu'à ces dernières années cette question qui a fait l'objet du IV^e Congrès de la Société française d'Orthopédie en 1922 a été étudiée par un grand nombre d'orthopédistes. Citons :

En France : Frœlich, Nové-Josserand, Sorrel, Calvé, Massart, Callot, Ménard, Mouchet, Roederer, Tavernier, Rottenstein, Broca, Lance, Cappelle, Andrieu, Charry, Boularan, Tillier... et un grand nombre de thèses.

En Allemagne : Erlacher (Étude sur les processus déformants des régions épiphysaires en général chez les enfants), Preiser, Immelmann...

En Amérique : Roberts (de New-York), Galdwinn, Kidner, Freiberg, Phémister (de Chicago).

En Norvège : Halfdan Sundt (rapport de 1920).

ÉTUDE CLINIQUE

L'ostéochondrite déformante juvénile est surtout une maladie du deuxième âge; elle frappe presque toujours les garçons.

Période de début.

Dans la plupart des cas le début est insidieux. On cite quelques cas où la maladie est survenue au cours de la convalescence d'une maladie infectieuse (varicelle, grippe), quelquefois l'enfant ou ses parents signalent un traumatisme survenu quelque temps avant; mais dans bien des cas on ne peut invoquer aucune cause. Le médecin est en général consulté simplement pour la boiterie; il n'y a pas de douleur, ou peu, simplement de la gêne; l'examen révèle une limitation des mouvements d'abduction et de rotation interne; peu de raideur, pas d'attitudes vicieuses; jamais de suppuration. Une radiographie faite tout à fait au début ne montre absolument rien.

Période d'état.

En général le médecin ne voit ces malades que deux ou trois mois après le début de l'affection. La radiographie est alors des plus intéressantes : le noyau osseux de la tête fémorale est d'abord *aplati* ; il se présente sous la forme d'une galette, d'un béret basque, « comme le chapeau d'un champignon » (Legg) ; puis, après avoir présenté quelquefois un aspect lacunaire, il se *fragmente*. Le col est élargi et semble plus dense, mais quelquefois aussi il est parsemé de taches claires. Au point de vue clinique l'affection évolue sans incidents ; légère boiterie, léger raccourcissement du membre (1 à 2 centimètres), mouvements d'abduction et de rotation interne limités ; mais cela ne gêne guère le malade. « Un grand nombre de malades, dit Legg, peuvent faire de longues distances sans inconvénients ; d'autres ne ressentent de la raideur et de la douleur de la hanche qu'après un travail exagéré. Quelques-uns ressentent un léger malaise avant une tempête ».

Il est rare qu'il y ait des douleurs fortes, accompagnées de spasme, et une limitation à peu près complète des mouvements.

ÉVOLUTION

L'ostéochondrite déformante juvénile *semble évoluer spontanément vers la guérison* ; ceci est peut-être

sa caractéristique la plus importante. Le médecin est étonné de constater qu'au bout d'un certain temps, sans avoir institué aucun traitement sauf le repos, les phénomènes cliniques ont disparu et l'image radiographique est redevenue presque normale; bien que déformée la tête a repris son volume et sa densité d'autrefois. Une réossification spontanée s'est, semble-t-il, produite. Le cotyle est normal ou à peine lésé par usure. Pendant toute la maladie l'interligne articulaire reste clair; le ceintre cervico-obturateur (ligne de Shenton) n'est pas rompu.

Beaucoup d'auteurs ont insisté sur le *contraste*, à la période d'état de la maladie, *entre la bénignité des signes cliniques et l'importance des dégâts que montre la radiographie*.

Les nombreuses discussions actuelles sur cette maladie tendent à établir s'il faut oui ou non la considérer comme une maladie autonome.

Certains sont d'avis qu'elle s'apparente à d'autres déformations de la tête et du col fémoral, comme la coxa-vara ou la coxa-valga et qu'il faut la ranger avec toutes ces affections dans le groupe de ce que M. Frœlich a appelé les « coxites de croissantes ».

Il existerait des formes de passage entre coxa-vara, coxa-valga et ostéochondrite déformante juvénile; tel est l'avis de Frœlich, Nové-Josserand, Tavernier..., une parenté entre ostéochondrite et arthrite déformante (Mouchet, Bargellini...).

ÉTIOLOGIE

Les discussions ne manquent pas non plus sur l'étiologie. On a cru d'abord au rachitisme (Calvé), à une forme atténuée de tuberculose (Waldenstrom), à une anomalie congénitale du noyau de la tête fémorale (Delitala). Dans la suite, et ce sont encore les hypothèses actuelles, on a attribué cette affection à deux causes principales : le traumatisme et l'infection. Les premiers auteurs se sont d'ailleurs ralliés à ces idées.

Le traumatisme. — Qu'il s'agisse de traumatisme direct ou simplement de fatigue exagérée (suite de traumatismes minimes), c'est la même chose. Il faut noter que bien souvent, à tort ou à raison, c'est l'étiologie signalée par les parents. Cependant, même dans les cas où il y a traumatisme direct (coup de pied sur le grand trochanter), le traumatisme ne semble jouer qu'à titre de cause occasionnelle.

Aussi beaucoup d'auteurs, s'inspirant de recherches faites sur la vascularisation de l'épiphyse fémorale supérieure, ont émis l'hypothèse qu'à l'origine de l'ostéochondrite déformante juvénile il faut voir des troubles trophiques déterminés par le traumatisme.

L'infection. — Cette théorie rallie la majorité des suffrages. Dans un certain nombre de cas l'ostéochondrite est survenue dans la période de convales-

cence d'une maladie infectieuse (grippe, rougeole, varicelle souvent citée (Clavé, Lance, Massart); rhumatisme articulaire aigu (Waldenstrom : 1 cas).

D'autre part un certain nombre de biopsies (Vignard, de Lyon, 1922; Phémister, de Chicago), des recherches au microscope et des essais de culture (staphylocoque dans 3 cas de Legg, Kidner, Phémister), sans donner de résultats définitifs, ont permis de penser sérieusement au staphylocoque (Froelich en 1909 a obtenu 3 fois des cultures de staphylocoque doré dans les coxa-vara).

On objecte que pour le staphylocoque il est facile d'avoir des causes d'erreur.

Un certain nombre d'auteurs pense que l'ostéochondrite déformante juvénile, comme d'ailleurs d'autres « coxites de croissance », est due à une infection bénigne, probablement à staphylocoque, évoluant à bas bruit au moment où l'enfant fait sa poussée de croissance. L'activité de l'os est à ce moment plus grande, il est de ce fait plus sensible, et réagit plus facilement aux traumatismes et même à la fatigue. On n'a jamais noté de suppuration.

Mais ce qui nous intéresse tout particulièrement c'est le rôle possible joué par l'hérédosyphilis dans l'étiologie de cette affection. Peut-être pas toujours, mais dans un assez grand nombre de cas l'étiologie syphilitique semble nettement établie. Nous possédons maintenant assez d'observations pour dire qu'il ne s'agit pas là d'une simple coïncidence.

Avant d'entrer dans des détails sur ce sujet nous voulons citer quelques uns des auteurs qui ont défendu cette opinion.

Heckmann (*Münchener Med. Wochenschr.*, 1909, n° 3), sans rapporter d'ailleurs aucun fait à l'appui, admet l'*origine syphilitique* de l'ostéochondrite déformante, le *traumatisme* jouant le rôle de cause occasionnelle.

W.-W. Watkins (*South Western Medicine*, mars 1909), sans aucune preuve admet la même hypothèse.

Percy-Willard Roberts, de New-York, a beaucoup insisté sur cette étiologie (*J. of orth. Surg.*, août 1919); dans un très court article, P.-W. Roberts soutient nettement l'*origine hérédo-syphilitique* de l'ostéochondrite.

Il s'appuie sur :

l'analogie des lésions avec les lésions osseuses de la pseudo-paralysie de Parrot;

l'évolution silencieuse de la maladie, appelée aux États-Unis « quiet hip disease »; sur sa guérison spontanée et la ressemblance clinique avec les ostéochondrites syphilitiques des poignets, coudes, genoux;

l'« action vigoureuse » du traitement anti-syphilitique;

l'absence de réaction de Bordet-Wassermann ne signifie pas grand'chose dans l'hérédo-syphilis. Elle peut manquer alors que les parents présentent des signes nets.

Il rapporte 8 observations; dans tous les cas, amélioration par le traitement (Compte rendu de Lance) (*J. of orth. Surg.*, mai 1920).

P.-W. Roberts rapporte encore les cas de deux malades améliorés par le traitement B.-W. négatif.

Lance surtout a apporté une excellente documentation sur la question (*Bulletins de la Société de Pédiatrie*, avril 1922; *Bulletins et Mémoires de la Société de Médecine de Paris*, décembre 1920; *Journal de Chirurgie*, novembre 1921, Lance, Andrieu et Cappelle).

De l'ensemble de ces travaux, accompagnés d'observations, il résulte *que dans un certain nombre de cas*, et ce nombre est assez grand, l'*ostéochondrite déformante juvénile* relève d'une *origine hérédo-syphilitique*. Dans beaucoup d'observations citées par ces auteurs *il existe des antécédents syphilitiques certains* (syphilis dans la famille, tares de l'enfant). Ainsi on cite : hydrocéphalie, nez en lorgnette, dents petites et crénelées chez l'un des malades (obs. XIII de Lance); ailleurs : série de fausses couches et de prématurés (obs. III de Lance); ailleurs des séries noires : 5 enfants morts en bas âge sur 12, et dans la même observation le petit malade est un adiposo-génital et a des dents crénelées (obs. XVIII Ingelrans), plus loin 5 enfants morts sur 10 (obs. XXIII Ingelrans), etc...

2° *Le traitement a apporté une amélioration nette et une marche rapide vers la guérison* (10 observations de P.-W. Roberts qui conclut à « l'action vigoureuse » du traitement; obs. XIV, XV, XVI de Lance...).

Par ailleurs beaucoup d'auteurs au cours d'articles publiés dans des revues médicales parlent ici ou là de syphilis soit comme hypothèse pour l'étiologie, soit dans les antécédents des malades cités à titre d'exemple, soit dans les résultats du traitement [Frœlich, Dr Rocher de Bordeaux, Boularan et Charry (*Gazette des Hôpitaux*, 7 et 9 août 1923)].

Certains auteurs n'admettent pas cette origine syphilitique possible de l'ostéochondrite déformante :

— L'une des objections souvent citée est que dans les cas d'ostéochondrite déformante juvénile, on ne rencontre presque jamais un Bordet-Wassermann positif. Répondons à ceci que même en matière de syphilis acquise il est admis qu'un B.-W. négatif n'implique pas l'absence de la syphilis, à plus forte raison en matière de syphilis *héréditaire* de 1^{re} et surtout de 2^e génération; or les affections osseuses d'origine syphilitique héréditaire « sont fréquemment dues à une syphilis de 2^e génération » (M. Pinard).

Si au lieu de s'adresser aux réactions de laboratoire, on examinait avec soin les antécédents familiaux et personnels des malades, la syphilis apparaîtrait bien plus fréquente à l'origine de l'ostéochondrite. Comme le disent Boularan et Charry, on la trouve « si l'on veut bien se donner la peine de la chercher avec soin ».

— Une deuxième objection est que le traitement spécifique n'est pour rien dans les guérisons obtenues, puisqu'il est reconnu qu'au bout d'un certain

temps la maladie évolue spontanément vers une guérison plus ou moins complète. Cependant dans les observations, où on a institué précocement un traitement antisyphilitique [même si, pour éliminer les causes d'erreur, on laisse marcher les malades (Lance)], on note une évolution bien plus courte et des résultats fonctionnels meilleurs. Alors que, laissée à elle-même, l'ostéochondrite déformante demande de un an à quatre ans et demi pour son évolution radiographique totale, c'est-à-dire pour que la tête ait recouvré son homogénéité et que les foyers clairs aient disparu (Perthes et Welsch), soumise au traitement antisyphilitique elle voit ces phénomènes cliniques disparaître au bout de trois à cinq semaines, et sa réossification se termine au bout de trois mois (Roberts, Lance). De même alors que dans les cas négligés on a plus souvent des séquelles (comme une limitation des mouvements ou une subankylose), dans les cas traités la guérison est presque parfaite.

Comment faut-il concevoir cette action de la syphilis?

Une première théorie, tout en gardant au traumatisme un certain rôle dans le début de la maladie, attribue l'ostéochondrite à des *altérations trophiques* dues à l'hérédité (artérite).

Une deuxième théorie veut que l'ostéochondrite soit déterminée par des *troubles des glandes endocrines* qui influeraient sur l'ostéogenèse (Liescheidt, Sellheim). Ces troubles seraient dus à la syphilis.

Une troisième théorie, tout en étant plus générale, est peut-être plus près de la vérité; elle n'exclut d'ailleurs pas les deux autres. L'ostéochondrite n'évolue pas chez n'importe qui; il faut une certaine prédisposition, un terrain spécial de sensibilité osseuse; tel sujet au moment de sa croissance n'aura aucun trouble du côté du système osseux, tandis qu'un autre après un traumatisme léger, une fatigue un peu exagérée réagira de suite. Il faudrait supposer, dit Nové-Josserand, qu'il y a une déficience de terrain chez certains individus, les exposant principalement du côté os, comme d'autres le sont du côté d'autres appareils. Ne serait-ce pas la syphilis héréditaire qui prépare ce terrain spécial, cette moindre résistance osseuse congénitale? Nous ne pouvons pas répondre aujourd'hui d'une façon catégorique, mais c'est cette façon de voir qui nous semble être la bonne.

TROISIÈME PARTIE

LA SYPHILIS DANS LA LUXATION CONGÉNITALE DE LA HANCHE

UN MOT SUR LA LUXATION CONGÉNITALE DE LA HANCHE

La luxation congénitale de la hanche *existe au moment même de la naissance*. Il ne faut pas la confondre avec les *luxations pathologiques*. Celles-ci sont consécutives à une arthrite aiguë suppurée (due au pneumocoque le plus souvent) qui survient généralement vers six mois, avant que l'enfant ne marche et quelquefois passe inaperçue; ou bien les parents l'oublient. L'enfant lorsqu'il commence à marcher boite et le médecin consulté, ignorant ces antécédents, peut croire à une luxation congénitale.

— Il faut toujours, en présence d'un enfant qui a boité dès ses premiers pas, s'informer si vers six mois il n'a pas eu un empâtement de la racine de la cuisse, avec douleur et fièvre, et si à ce moment un abcès ne s'est pas ouvert. Il faut rechercher également à la racine du membre s'il n'existe pas une cicatrice, mar-

quée en blanc sur la peau, et due à l'ouverture d'un abcès.

Cette cause d'erreur éliminée, voyons brièvement comment se caractérise la luxation congénitale.

EN QUOI CONSISTE LA LUXATION CONGÉNITALE

Il existe une malformation congénitale du cotyle qui est insuffisamment profond; souvent son toit est en pente douce vers le haut et vers l'extérieur et de ce fait il est incapable de retenir la tête (V. I, fig. 2).

La tête est généralement aussi malformée; noyau osseux épiphysaire petit, col court; quelquefois anté-torsion de la tête par rapport au reste de l'os.

Par suite de cette double malformation, la tête qui n'est pas maintenue à sa place normale quitte le cotyle et s'élève vers le haut et vers l'extérieur. [Ceci est perçu à la palpation : on sent la saillie du grand trochanter au-dessus de la ligne de Nélaton-Roser (ligne réunissant la pointe de l'ischion à l'épine iliaque antéro-supérieure)].

De ce fait à la radiographie on constate la rupture du cintre cervico-obturateur (encore appelé arc fé-moro-publien ou ligne de Shenton) (V. II, fig. 1 et 2).

Le membre est naturellement raccourci et l'enfant marche d'une façon spéciale (démarche « en canard »).

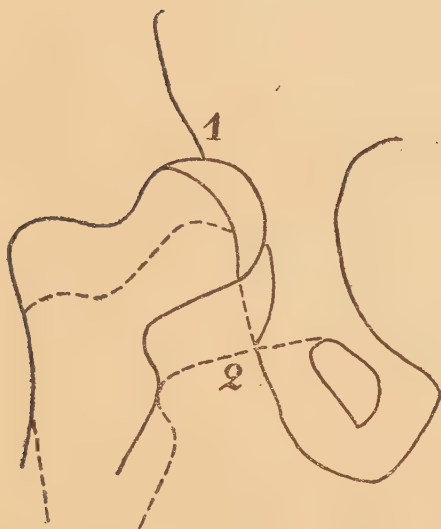


FIG. 1. — Schéma de la hanche congénitalement luxée.

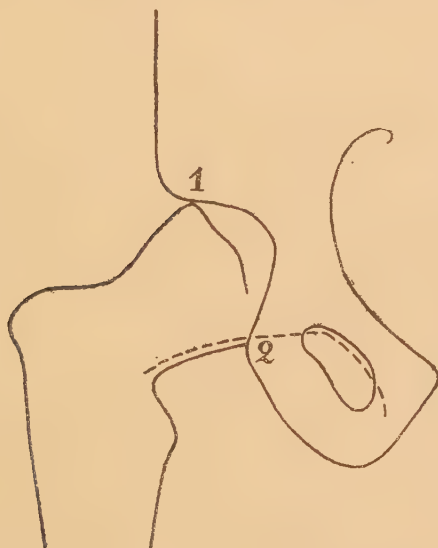


FIG. 2. — Schéma de la hanche normale.

ANALYSE DES OBSERVATIONS RAPPORTÉES

Comme c'est le cas dans la majorité des luxations congénitales, il s'agit de filles; les accidents sont survenus au cours de la deuxième enfance.

Il y a hérédo-syphilis certaine dans les trois cas de M. le professeur Frœlich : antécédents chez un frère (I), syphilis avouée du père (II) et (III); dans le cas de Lance (IV) seul le traitement d'épreuve a apporté le diagnostic.

Comment la syphilis s'est-elle manifestée :

1^o Atrophie de la tête fémorale : moyenne (II) et (III), très accentuée (I), totale (IV).

2^o Déformation de la tête fémorale (I), (II), (III).

3^o Décalcification de la tête et du col (I), (II), (III), (IV); taches claires arrondies (II) et (III).

L'évolution a été assez longue malgré le traitement antisiphilitique qui n'a pas empêché les récidives de la boiterie (I), (II), (III), ou même de la luxation (I). Résultat très bon (IV). Cependant le résultat final est bon : tête qui a repris ses dimensions normales et s'est recalcifiée, mais est restée déformée (I), (II), (III), et (IV).

Les taches claires constatées dans les observations (II) et (III), nous les rapprochons des taches de même aspect que nous avons signalées dans la première partie de notre étude clinique, et elles confirment l'opinion de Charry qui les regarde comme un élément important du diagnostic de la syphilis osseuse.

L'observation de Lance (IV) nous semble être un type un peu spécial : processus de destruction très rapide et très important, suppuration, fistules. Peut-être avons-nous affaire à une syphilis plus jeune ou plus virulente; d'ailleurs le traitement a eu une action plus franche.

On a beaucoup discuté au sujet de l'aspect radiographique que l'on rencontre souvent dans la luxation congénitale après la réduction. S'agit-il là oui ou non d'ostéochondrite déformante juvénile? Certains orthopédistes (Legg lui-même, Calvé, Broca...) répondent par l'affirmative. Il y a assurément une certaine analogie entre les deux aspects radiographiques : atrophie et décalcification de la tête fémorale, reconstitution en fin d'évolution quant au volume et quant à la densité, mais persistance de la déformation...

Nové-Josserand pense lui aussi qu'il s'agit d'ostéochondrite déformante juvénile, et l'attribue :

1^o aux traumatismes subis par l'os (plus sensible parce qu'il est en période de croissance) au cours des manœuvres de la réduction toujours plus ou moins brutale;

2^o à ce que l'os, qui congénitalement n'était pas bien préparé à sa fonction, supporte mal les premières fatigues occasionnées par la marche et la station debout.

Faut-il voir dans nos observations des cas d'ostéochondrite déformante juvénile?

Ce n'est pas l'avis de notre Maître.

Il manque d'ailleurs ici pour réaliser le tableau de l'ostéochondrite le modelage de la tête et son aplatissement.

Il semble plutôt qu'on doive rapprocher cette forme de syphilis de la tête du fémur de la première variété que nous avons décrite dans notre étude, la pseudo-coxalgie hérédosyphilitique.

Une question pourrait encore retenir notre attention : la luxation congénitale de la hanche n'est-elle pas toujours de nature syphilitique? Ne faut-il pas voir en elle un stigmate en plus à mettre sur le compte de la syphilis héréditaire, cette grande faiseuse de malformations? Nous regrettons de ne pas pouvoir aborder l'étude de cette idée qui nous sortirait trop du cadre de notre sujet.

Disons seulement que dans un certain nombre d'observations on trouve chez le malade ou chez ses frères et sœurs, ou dans sa famille, des malformations congénitales sur la nature hérédosyphilitique desquelles les auteurs sont plus ou moins d'accord (hernie congénitale, spina bifida, pied bot, gueule de loup, imperforation de l'oreille, hydrocéphalie, ectrodactylie...).

Ces malformations, comme aussi la luxation, sont souvent l'apanage d'une famille pendant plusieurs générations; cette prédisposition aux anomalies de développement et aux malformations ne serait-elle pas imputable à une hérédité syphilitique déjà lointaine et renforcée par les croisements entre familles?

TRAITEMENT

TRAITEMENT

TRAITEMENT DE LA LUXATION CONGÉNITALE

Nous indiquerons brièvement le traitement orthopédique préconisé par notre Maître, M. le professeur Frœlich :

- Un seul plâtre, pendant quatre mois, en abduction et flexion à 90°;
- Un mois sans plâtre, même position;
- Contrôle radiographique;
- Réapprentissage de la marche le sixième mois;
jamais assis mais à cheval.

TRAITEMENT DE LA SYPHILIS

Nous voulons dire ici seulement ce que l'expérience a appris dans les cas de syphilis osseuse.

Pour être efficace le traitement doit suivre immédiatement un diagnostic *précoce*; il doit être *intense*, régulièrement suivi et *continué longtemps* après cessation de tout phénomène morbide.

Quelles substances faut-il employer?

Le mercure et l'iodure de potassium sont essentiellement propres à enrayer une crise mais leur effet ne

dure qu'un moment; ils ne mettent pas à l'abri d'une récurrence. Il faut les employer au début, ils serviront au traitement d'épreuve.

Les arsenicaux donnent des résultats portant aussi sur l'avenir.

Le mercure pourra être employé en frictions (onguent napolitain, Gambéol) ou en injections (bi-iodure de mercure). L'iodure de potassium pourra être associé au traitement mercuriel (sirop de Gilbert).

Les arsenicaux se donneront en injections intra-veineuses (séries de novarsenobenzol, séries de sulfarsénol).

De toute façon il ne faut pas se contenter d'un seul médicament; il faut surveiller les réactions du sujet et suivant qu'elles sont favorables ou défavorables, alterner, changer de médication.

Nous ne voulons pas donner de détails sur les doses et le mode d'administration, car il faut approprier le traitement à chaque individu, suivant son âge, son sexe, son état général, ses réactions; c'est une question de cas particuliers.

On peut s'étonner que dans nos observations, où pourtant la syphilis était avérée, le traitement n'ait pas empêché la récurrence de la boiterie ou même de la luxation. Nous pensons que si le traitement avait été précoce, approprié, et surtout régulièrement observé par les parents, nos cas auraient guéri plus vite et plus complètement.

Outre le traitement spécifique proprement dit, l'expérience a montré (Hôpital maritime de Berck) que les petits malades souffrant d'une arthropathie hérédo-syphilitique de la hanche tirent un certain bénéfice de la *cure héliο-marine*.

A défaut le bon *air de la campagne* joint au *repos* aura lui aussi une influence très salutaire.

CONCLUSIONS

CONCLUSIONS

La localisation de l'hérédo-syphilis au niveau de l'articulation de la hanche est plus fréquente qu'on ne le croit généralement :

Il existe une forme de coxalgie de nature syphilitique.

Il existe une arthrite chronique déformante syphilitique, rappelant le rhumatisme chronique.

L'ostéochondrite déformante juvénile relève d'une étiologie hérédo-syphilitique dans un assez grand nombre de cas.

Il existe des cas de luxation congénitale avec un processus de destruction de la tête fémorale suivi d'une reconstruction; ce processus peut être de nature hérédo-syphilitique et est amélioré par le traitement spécifique.

Dans toute affection chronique de la hanche il faut envisager la possibilité d'une étiologie syphilitique.

La rareté apparente des cas de syphilis au niveau de la hanche est due à ce que généralement le diagnostic exact n'est pas posé.

Pour poser le diagnostic de syphilis il faut analyser avec soin les antécédents héréditaires et personnels

du malade et en cas de doute instituer un traitement d'épreuve.

Ces moyens diagnostics ont plus de valeur que les réactions de laboratoire, surtout en matière d'hérédosyphilis.

Le traitement antisiphilitique apporte à ces cas une amélioration nette dans un délai assez court.

Le traitement, pour qu'il donne les meilleurs résultats, doit être précoce, intensif, régulièrement suivi et continué longtemps.

OBSERVATIONS

OBSERVATIONS

Observation I

(M. le professeur Froelich.)

Luxation congénitale double. Spécificité. Atrophie de la tête fémorale d'un côté. Pas de résultats du traitement pendant quatre ans, puis recalcification après huit ans.

M. P..., 2 ans, de Luxembourg-Ville, deuxième enfant d'une famille de trois enfants, vient nous consulter le 30 mai 1922.

L'ainé, un garçon, a eu une pseudo-paralysie de Parrot à l'extrémité supérieure de l'humérus droit, guérie par le traitement spécifique (frictions et iode).

Le plus jeune, 1 an, est normal.

La petite malade a marché à l'âge de 18 mois, et de suite la claudication en canard s'est fait voir.

Examen :

Démarche en canard très accentuée; ascension du grand trochanter droit de 2 centimètres; celui de gauche de 1,5.

A la radio :

Cavités peu profondes; antétorsion de l'extrémité du fémur à droite.

Opération le 31 mai 1922 à la pension Bon-Secours.

25 septembre : ablation du plâtre; à cause de l'antétorsion, nouveau plâtre en rotation interne du côté droit.

25 octobre : ablation du plâtre; la réduction à la radio est bonne. A droite, disparition presque complète du noyau osseux de la tête fémorale.

Un traitement au Gambéol est institué.

17 janvier 1923 : l'enfant, qui avait commencé à marcher correctement vers la mi-novembre, recommence à boiter. Une radio montre la tête fémorale droite très atrophiée par rapport à la gauche, et une tendance à la reluxation.

Plâtre en abduction et suspension de la marche. Le médecin de la famille fait deux séries de piqûres au bi-iodure de mercure.

Fin mars 1923 : ablation du plâtre; la marche semble être redevenue normale.

Fin février 1925 : l'enfant est ramenée, la boiterie a recommencé depuis un an et s'est accentuée à droite; le côté gauche est normal.

A la radio : déformation et atrophie de plus en plus grande de la tête fémorale à droite; ce qui reste de la tête s'est subluxé.

Le traitement par l'arsénobenzol est institué.

1^{er} juin 1926 : la luxation s'étant accentuée et la difficulté de la marche aussi, nouvelle réduction.

11 septembre : ablation du plâtre. La radio montre une tête déformée.

En mai 1930, l'enfant a dix ans; elle est amenée à l'Hôpital civil, service du professeur Frœlich.

Il existe encore de la boiterie.

Côté gauche normal.

Côté droit : ascension de 1 cm. 5 du grand trochanter, la tête fémorale s'est reconstituée, mais est déformée.

Le traitement spécifique n'a pas empêché la tête fémorale de s'atrophier et de se déformer de plus en plus, malgré que la syphilis de l'enfant fût avérée.

Mais après huit ans de traitement, la tête s'est reconstituée comme dimension et comme recalcification, mais elle est déformée.

Observation II

(M. le professeur Frœlich.)

*Luxation congénitale de la hanche gauche. Spécificité.
Résultat satisfaisant du traitement spécifique.*

H. C..., de D... (Moselle), fillette de 8 ans, vient nous trouver le 17 juillet 1931. A été opérée à l'âge de 3 ans de luxation congénitale du côté gauche. L'opération n'a pas donné de résultats et la boiterie est très accentuée; l'enfant se fatigue rapidement.

Examen :

Raccourcissement de 3 centimètres du membre inférieur gauche.

A la radio :

La tête est déformée; elle ressemble à une massue inégalement arrondie terminant la diaphyse fémorale, avec des points de décalcification ressemblant à des kystes, du volume d'un pois à celui d'une petite noisette.

Une spécificité du père remontant à quinze ans, donc neuf ans avant la naissance de la petite fille, est découverte.

Le 18 juillet 1931, chloroforme et réduction.

En plus, traitement par l'élixir Déret et les frictions hydragiriques.

18 décembre 1931 : deuxième plâtre en abduction à 45°.

Fin janvier 1932 : ablation du plâtre.

A la radio : la tête est moins poreuse, mais n'a pas repris une forme nouvelle.

Le traitement spécifique est continué.

La marche s'est beaucoup améliorée dans les mois qui suivent.

11 août 1932, l'enfant est ramené, la jambe gauche s'est mise en flexion et en abduction.

Chloroforme; la jambe est redressée et remise dans le plâtre.

10 novembre 1932 : le plâtre s'est cassé et est remplacé.

15 décembre 1932 : ablation du plâtre.

Le 1^{er} mars 1933, la fillette, qui avait marché d'une façon satisfaisante, recommence à souffrir de la hanche gauche. On prend mesure d'un appareil en cuir moulé prenant le bassin, la cuisse et la jambe, et maintenant le membre en abduction.

Une radio montre la tête toujours déformée, mais ayant repris un aspect normal sous le rapport de la densité. La tête est restée en place.

Le traitement spécifique est continué.

Depuis le 14 mars 1933, la jeune fille porte l'appareil en cuir. La marche est satisfaisante et sans douleur, même lorsque la marche se fait sans appareil (lettre).

L'enfant n'a plus été revu.

En résumé, fillette hérédo-spécifique, atteinte de luxation de la hanche gauche, avec résorption presque totale de la tête fémorale et chez qui le traitement spécifique a amené une ossification presque normale de la tête fémorale.

Observation III

(M. le professeur Froelich.)

*Luxation congénitale de la hanche droite. Syphilis héréditaire.
Bon résultat du traitement spécifique.*

P. A..., de G... (M.-et-M.), 4 ans, fillette, luxation congénitale du côté droit, enfant unique, nous est amenée le 13 octobre 1913.

Examen :

Raccourcissement de 4 centimètres.

Le père nous fait part d'une infection spécifique remontant à douze ans.

14 octobre 1913 : réduction sous chloroforme sans grande difficulté. Immobilisation dans un plâtre à 90°.

19 février 1914 : ablation du plâtre.

21 mars 1914 : la radio montre une tête fémorale à contour irrégulier avec des points décalcifiés.

Traitement par les frictions et l'iodure.

L'enfant commence à marcher en juin.

Le 12 juillet 1914, l'enfant est amené; la marche est presque normale, la hanche droite encore un peu raide.

Le traitement spécifique devra être continué.

La jeune fille nous est amenée le 1^{er} octobre 1924.

Elle a 14 ans. Depuis quelques mois, elle commence à souffrir de la hanche droite. Raccourcissement de 1 cm. 5.

A l'examen, l'abduction est un peu gênée, la flexion également.

A la radio :

Le col est raccourci, la tête un peu augmentée de volume; il y existe des zones de décalcification et des zones éburnées de la dimension d'un pois ou d'un haricot; il en existe quatre. Pas d'irrégularité à la surface. L'articulation est légèrement subluxée.

17 octobre 1924 : mise dans le plâtre en abduction à 45°.

Le traitement spécifique (frictions et iodure) est recommencé; il n'avait pas été appliqué depuis 1914.

Décembre 1924 : ablation du plâtre. La marche est permise, mais la nuit, la jeune fille met son membre dans une demi-valve en plâtre, en abduction.

10 janvier 1925 : la jeune fille marche d'une façon satisfaisante sans douleur. La longueur des deux membres inférieurs est égale, mais la cuisse droite et le mollet ont 2 centimètres de moins qu'à gauche en circonférence. Pas de ganglions dans l'aîne. Sur une radio, on voit que la tête est presque complètement recalcifiée.

Conclusion. — Luxation de la hanche droite chez une enfant spécifique héréditaire; bons résultats par le traitement spécifique d'une part à l'âge de 4 ans, et d'autre part à l'âge de 15 ans.

Observation IV

(Dr Lance, in *Bull. Soc. Pédiatrie*, avril 1922, citée par Charry, thèse, Toulouse, 1924.)

Arthrite hérédo-syphilitique à marche destructive rapide au cours du traitement d'une luxation congénitale; fistulisation. Traitement spécifique. Reconstitution de l'extrémité supérieure du fémur. B.-W. négatif.

Br..., Madeleine, 7 ans, vient le 4 avril 1919 pour une luxation congénitale double des hanches (fig. n° 1).

Les conditions anatomiques paraissent favorables, on se décide à faire la réduction, en commençant par le côté gauche. Extension prémonitoire.

13 mai : réduction facile. Cotyle très mauvais. Le traitement est poursuivi sans incident jusqu'en janvier 1920; rougeole, coqueluche pendant le traitement. L'enfant maigrit beaucoup.

Le 1^{er} février 1920, le plâtre est enlevé et l'enfant est rendu à sa famille le 5 février.

Le 26, il est ramené sans que la mobilisation ait recommencé; on trouve une hanche énorme, en gigot, avec empâtement, cedème des parties molles, deux fistules, externes et internes, donnant issue à un pus abondant, séreux, mélangé de grumeaux blancs.

A la radio (fig. n° 2) : la luxation s'est reproduite; ni la tête, ni le col, ni le grand trochanter ne sont visibles. L'extrémité supérieure de la diaphyse se termine en haut par une ligne horizontale.

On pense à une coxalgie à marche foudroyante, avec destruc-

FIGURES DE L'OBSERVATION IV.

FIG. 1.

Avant la réduction.



FIG. 2.

20 février 1920.

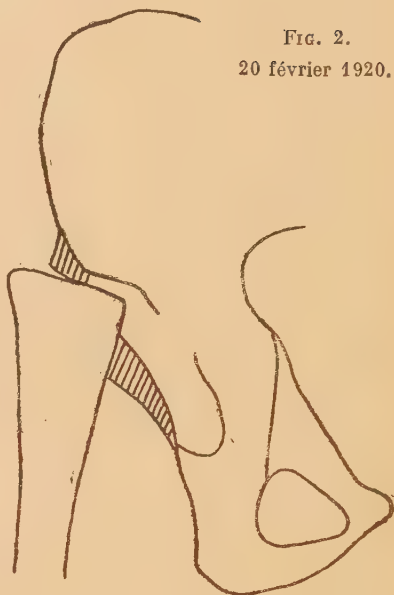


FIG. 3.

22 juin 1920.



FIG. 4.

22 février 1921.



Cas de Lance cité par Charry, f. 55.

tion très rapide du fémur. Cependant un double contour du pourtour du fémur et du bassin attire l'attention.

2 mai : Wassermann négatif de l'enfant; celui de la mère ne peut être fait.

Le malade disparaît jusqu'au 12 juin. A ce moment, les fistules sont remplacées par deux vastes plaies en surface, atones, à bord sphacélique. Écoulement abondant de sérosités rosées sans infection secondaire. Pas de fièvre et pas de douleur. Le diagnostic d'ostéo-arthrite syphilitique devient évident (?).

On commence un traitement spécifique, malheureusement irrégulier par la faute du malade. Pendant un an, l'enfant a eu trois séries de 20 piqûres de néo-salvarsan, intraveineux d'abord (0,10 à 0,25) puis sous-cutané. Dans l'intervalle, il a pris du sirop de Gibert et de l'iodure.

Les résultats du traitement ont été très rapides. Les ulcérations de la cuisse se sont réduites en quelques semaines à deux petites fistules. En mars, l'une se ferme, en avril la deuxième se ferme à son tour. *Mais le phénomène le plus saillant est la reconstitution progressive de l'extrémité supérieure du fémur que l'on suit sur les radiographies*; la région trochantérienne d'abord, puis le col en coxa-vara à angle droit, très court, terminé par une petite tête en tampon de wagon qui occupe l'ancien néo-cotyle (fig. nos 3 et 4). Il s'est constitué une néarthrose qui a des mouvements très limités. Nous ne sommes pas fixés sur sa valeur définitive, le malade étant disparu de la consultation depuis fin avril 1921.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

- CHOMEL. — *Leçons de Clinique médicale* (1837).
- RICHET. — *Mémoires de l'Académie de Médecine* (1853) (*Mémoires sur les tumeurs blanches*).
- LANCERAUX. — *Mémoires de la Société de Chirurgie* (1863) (Sur les arthropathies syphilitiques).
- *Traité de la syphilis* (1876).
- PARROT. — *Archives de Physiologie* (1876) (Syphilis osseuse et héréditaire et rachitisme).
- FOURNIER. — *L'hérédo-syphilis tardive* (1887).
- GRESSENT. — Thèse : *Sur les manifestations tardives de la syphilis héréditaire*.
- VOISIN. — Thèse : *Des arthropathies syphilitiques*.
- AUGAGNEUR. — Thèse : *De la syphilis tardive*.
- LANNELONGUE. — *Communications à la Société de Chirurgie* (1881).
- DURENIL. — Thèse : *Sur les pseudo-tumeurs blanches syphilitiques* (1881).
- MÉRICAMP. — Thèse : *Sur les arthropathies syphilitiques tertiaires* (1882).
- DEFONTAINE. — Thèse : *De la syphilis articulaire* (1883).
- BERNE. — Thèse : *Des manifestations osseuses précoces et tardives de la syphilis héréditaire* (1884).
- GONEZ. — Thèse (1895).
- RÉBEYROLLE. — Thèse : *Sur la syphilis osseuse héréditaire tardive* (1901).
- VOINIER. — Thèse : *Sur les ostéo-arthropathies de la syphilis héréditaire*. Nancy (1910).
- CHARRY. — Thèse : *Des ostéo-arthropathies hérédo-syphilitiques de la hanche chez l'enfant*. Toulouse (1924).
- MASSART. — *Arthrites amicrobiennes de la hanche* (*Revue de Chirurgie*) (1932).
- *Revue de Chirurgie* (1923).

- GALENSSEN et THALINER. — *Un cas d'épiphyse syphilitique congénitale du grand trochanter chez un adolescent (J. of Orth. Surg., janvier 1921).*
- FRÉLICH. — *Congrès français de Chirurgie (1910).*
— *Revue de Chirurgie*, mars 1917.
— *Revue médicale de l'Est (1907).*
— *Revue médicale de l'Est*, 1^{er} décembre 1933 : Luxation progressive de la hanche.
— *Revue de Chirurgie*, 1917 : Coxites et coxalgies frustes et ce qu'elles deviennent pendant le service militaire.
— *Apophysites de croissance*, étude d'ensemble. *Paris Médical*, décembre 1920.
— *Société de Chirurgie de Paris*, juin 1923.
— *Société de Médecine de Nancy*, avril 1924.
— *Coxites de croissance du jeune âge ou Arthrites chroniques non tuberculeuses (Revue de Chirurgie, 1923).*
— *Congrès français de Chirurgie (1906).*
— *Revue médicale de l'Est (1913).*
— *Congrès de Chirurgie (1909).*
— *Antétorsion de l'extrémité supérieure du fémur dans la luxation congénitale de la hanche (Revue d'Orthopédie, mai 1921).*
— *Deutsche Zeitschr. für Chir.*, octobre 1910.
- PERTHES. — *Osteochondritis deformans juvenilis (Arch. für Klin. Chir., 1913).*
— *Beiträge zur klinischen Chir. (1922).*
- BROCA et MASSART. — *Arthrites de la hanche avec aplatissement et fragmentation de la tête fémorale (Revue de Chirurgie, 1923).*
- NOVÉ-JOSSERAND. — *L'ostéochondrite de la hanche et ses rapports avec les autres ostéo-arthrites de la hanche (Archives franco-belges de Chirurgie, avril 1922).* — *Ostéo-arthrites de la hanche (Revue de maladies de l'enfance, janvier 1902).*
- TAVERNIER. — *Ce que deviennent tardivement les ostéochondrites de l'enfance (Archives franco-belges de Chirurgie, avril 1922).*
— *Lyon Chirurgical (avril-mars 1921).*
- SORREL. — *Quelques remarques à propos de l'ostéochondrite déformante infantile de l'épiphyse fémorale supérieure (Archives franco-belges de Chirurgie, avril 1922).*
— *Revue d'Orthopédie, janvier 1921).*
- HALFDAN SUNDT. — *Underskelser over malum coxæ. Christiania (1920).*

- LEGG. — *An obscure affection of the hip-joint* (Boston Medical and Surgical Journal, 17 février 1910).
- *De la maladie caractérisée par l'aplatissement de l'épiphyse supérieure du fémur* (Archives franco-belges de Chirurgie, avril 1922).
- CALVÉ. — *Une forme particulière de coxalgie greffée sur des déformations caractéristiques de l'extrémité supérieure du fémur* (Revue de Chirurgie, 10 juillet 1910).
- *Quelques considérations sur la coxa-plana dénommée à tort ostéochondrite de l'épiphyse supérieure du fémur* (Archives franco-belges de Chirurgie, avril 1922).
- *Presse médicale*, 14 mai 1921.
- MÉRINE. — *De l'ostéochondrite déformante infantile de l'épiphyse fémorale supérieure* (Thèse, Paris, 1919).
- WALDENSTROM. — *Der obere tuberculöse Collum herd.* (Zeitschr. für orth. Ch., Stuttgart, 1909, XXIV, p. 487).
- *Nord. med. arch. Stockholm*, 1909 (1910).
- *Sur l'origine et le stade final de la coxa-plana* (Archives franco-belges de Chirurgie, avril 1922).
- MOUCHET. — *Revue d'Orthopédie*, février 1921.
- *Bulletins et Mémoires de la Soc. de Chir.*, déc. 1920.
- HOUGHARD. — Thèse : *De l'hérédité dans la luxation congénitale de la hanche*, Nancy (1909).
- POUZET. — *La subluxation acquise de la hanche* (Archives franco-belges de Chirurgie, septembre 1933).
- FEUTELAIS. — *Revue d'Orthopédie*, janvier 1929 : *Absence congénitale partielle de la tête du fémur*.
- CODÉ-BOISSE. — *Revue d'Orthopédie*, 1914, p. 437.
- LAMY et BENOIST-PILLOIRE. — *Presse Médicale*, 5 septembre 1923 : *Arthrites aiguës de la hanche*.
- ROCHER. — *L'épiphyse fémorale en tant qu'affection autonome* (Archives franco-belges de Chirurgie, janvier 1927).
- ETTORI. — Thèse : *Contributions à l'étude des manifestations articulaires de l'héredo-syphilis tardive P.* (1930).
- INGELRANS. — Thèse : *De la coxa-plana*, Lille (1924).
- MÉNARD. — *Congrès français de Chirurgie*, 8 octobre 1910.
- PELLIER. — Thèse : *De la coxa-vara*. Nancy (1923).
- ROEDERER. — *Revue annuelle de la Chirurgie infantile et de l'Orthopédie* (1920).
- ROTTENSTEIN. — *Revue de Chirurgie* (1910).

- BROCA. — *Presse médicale*, novembre 1922.
— *Arthrites non tuberculeuses de la hanche*.
— *Revue d'Orthopédie*, septembre 1921.
— *Évolution anatomique de la hanche après réduction de la luxation congénitale*.
MASSABUAN. — *Arthrites chroniques non tuberculeuses de la hanche* (*Paris Médical*, juillet 1924).
CALLOT. — *Archives de médecine des enfants*, mars 1923.
— *Journal des praticiens* (1921).
BOULARAN et CHARRY. — *Gazette des Hôpitaux*, 7 et 9 août 1923.
CHARRY. — *Le jeune enfant qui souffre de la hanche et boîte* (*Journal des Praticiens*, février 1932).
ELMSLIE. — *Journ. of orth. Surgery* (février 1919).
BARGELLINI. — *Archivio des orthopedia* (1920).
L. MICHEL. — Thèse : *De la coxa-vara*. Nancy (1900).
JENCKEL. — *Gummoser Erkrankung des Schenkelkopfes* (*Arch. für klin. Chir.*, p. 561, 1917).
JUDET. — *Luxation consécutive à une arthrite suppurée chez l'enfant* (*B. M. S. C. P.*, 20 avril 1928).
LAMY. — *Pseudo-luxation consécutive à une arthrite suppurée* (*idem*, mai 1928).
MERKLEN. — *Arthrite avec destruction complète de la tête fémorale* (*B. M. P.*, mai 1932).
ROEDERER. — *Arthrite suppurée de la hanche chez l'enfant* (*B. M. S. C. P.*, mai 1931).
HECKMANN. — *Münchener Med. Wochenschr.*, 1909, n° 3.
W.-W. WATKINS. — *South Western Medicine*, mars 1909.
PERCY-WILLARD ROBERTS. — *J. of orth. Surg.*, août 1919.
— *J. of orth. Surg.*, mai 1920.
LANCE. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Médecine de Paris*, 18 décembre 1920.
— *Bulletins de la Société de Pédiatrie*, avril 1922.
— *Ostéochondrite déformante juvénile et syphilis héréditaire* (*Journal de Chirurgie*, novembre 1921).
-

VU :

Nancy, le 11 avril 1934.

Le Président de thèse,

FRÉLICH.

VU ET APPROUVÉ :

Nancy, le 12 avril 1934.

Le Doyen de la Faculté de Médecine,

L. SPILLMANN.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Nancy, le 13 avril 1934.

Le Recteur de l'Académie,

L. BRUNTZ,

Président du Conseil de l'Université.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION.	3
Dépistage de l'hérédo-syphilis.	7

ÉTUDE CLINIQUE

PREMIÈRE PARTIE. — La syphilis dans les arthrites chroniques de la hanche « de cause indéterminée ». . .	13
DEUXIÈME PARTIE. — La syphilis dans l'ostéochondrite déformante juvénile ou coxa-plana.	23
TROISIÈME PARTIE. — La syphilis dans la luxation congénitale de la hanche.	37

TRAITEMENT

Traitement de la luxation congénitale	45
Traitement de la syphilis.	45
CONCLUSIONS	49

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (M. le professeur Frœlich). — Luxation congénitale double. Spécificité. Atrophie de la tête fémorale d'un côté. Pas de résultats du traitement pendant quatre ans, puis recalcification après huit ans.	55
OBSERVATION II (M. le professeur Frœlich). — Luxation congénitale de la hanche gauche. Spécificité. Résultat satisfaisant du traitement spécifique.	57
OBSERVATION III (M. le professeur Frœlich). — Luxation congénitale de la hanche droite. Syphilis héréditaire. Bon résultat du traitement spécifique.	59
OBSERVATION IV (Dr Lance, in <i>Bull. Soc. Pédiatrie</i> , avril 1922, citée par Charry, thèse, Toulouse, 1924). — Arthrite hérédo-syphilitique à marche destructive rapide au cours du traitement d'une luxation congénitale; fistulisation. Traitement spécifique. Reconstitution de l'extrémité supérieure du fémur. B.-W. négatif	61
BIBLIOGRAPHIE	65

